



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Patricia Kozuchovski Daré

**ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO AO
INDIVÍDUO COM DEPRESSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação da Universidade Federal
de Santa Catarina, como pré-
requisito para obtenção do título de
mestre no Curso de Mestrado
profissional em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial na área de
concentração Atenção e reabilitação
psicossocial.

Orientadora: Professora Doutora Sandra
Caponi

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Daré, Patricia Kozuchovski
ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO AO INDIVÍDUO COM
DEPRESSÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE / Patricia
Kozuchovski Daré ; orientador, Sandra Caponi -
Florianópolis, SC, 2013.
77 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Saúde mental.
3. Medicalização . 4. Depressão. 5. Atenção Primária a
Saúde. I. Caponi, Sandra . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial. III. Título.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

**Análise das estratégias de cuidado ao indivíduo com diagnóstico de
depressão na rede de atenção primária da saúde.**

Patricia Kozuchovski Daré

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Atenção e Reabilitação Psicossocial

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira
**Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Sandra Caponi (Presidente)

Profa. Dra. Marta Verdi (Membro)

Profa. Dra. Fátima Buchele (Membro)

Profa. Dra. Myrian Mitjavila (Membro externo)

Dedico este trabalho a todas as pessoas que um dia me fizeram acreditar que o “louco”, pode ser eu!

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas foram importantes para o início e término desta pesquisa. Nesta trajetória minha família foi muito especial, meu esposo que me apoiou em todos os momentos e me incentivou todos os dias e minha mãe que passou alguns dias cuidando da minha filha para que eu pudesse fazer as entrevistas e escrever. Minha sincera e eterna gratidão!

Difícil agradecer minha querida filha Ana, que durante alguns muitos dias, manhãs e tardes ficou sem a minha presença. Obrigada minha pequena, sei que sentirás orgulho da mamãe.

Tão importante agradecer quem me possibilitou a realização deste trabalho, é também agradecer quem acreditou nele, minha orientadora Sandra Caponi. Obrigada Sandra, pelos momentos inspiradores, pela compreensão e dedicação dispensados a mim.

Agradeço também aos meus colegas de mestrado Ângela, Deivid, Fábio, Gabi, Maika, Neca e Fúlvia pelo convívio, ajuda e amizade. Mas faço aqui, um agradecimento especial e carinhoso a minha amiga Ângela.

Por fim e tão especial o quanto a conclusão de uma pesquisa pode ser, gostaria de expressar minha gratidão por três amigos muito especiais que incondicionalmente me apoiaram e auxiliaram desde o início de tudo. O carinho deles, para comigo era tão grande, que as vezes eu sentia que eles queriam mais do que eu mesma que este projeto fosse realizado. Há vocês, Luana, Daniel e Fernando meu respeito e carinho.

RESUMO

A depressão cresce de forma exponencial, sendo considerada um transtorno mental frequente que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, é a quarta doença em termos de prevalência mundial sendo uma das principais causas de incapacidades no trabalho e que contribui de forma importante para as taxas de mortalidade geradas a partir dos casos de suicídio. É uma condição crônica associada à incapacitação funcional e ao comprometimento da saúde geral dos indivíduos resultante de fatores ambientais e genéticos, advindos da interação da biologia com fatores sociais. O cuidado à saúde do indivíduo com sofrimento mental deve ser entendido de forma globalizada, nesse sentido, os tratamentos não devem se limitar ao uso de psicofármacos, mas devem, também, proporcionar possibilidades de conscientização de mudanças no estilo de vida e oferecer-lhes oportunidades de participação em psicoterapias de apoio, tais como terapia interpessoal, comportamental, cognitiva, de grupo, de casais e de família, de acordo com o seu caso, no sentido de estimular-lhes a motivação pessoal e a capacidade de reflexão sobre o processo saúde-doença. Os métodos e instrumentos utilizados para o diagnóstico da depressão têm sido alvo de muitas críticas, no que se refere às suas limitações, em razão da excessiva fragmentação dos quadros clínicos de transtornos mentais e da superposição dos sintomas. Como resultado deste cenário, situações cotidianas e sofrimentos inerentes à vida passam a ser codificados como sintomas associados a transtornos mentais. O objetivo desta pesquisa foi de analisar as tendências medicalizantes e desmedicalizantes das formas de cuidado à indivíduos com diagnóstico de depressão a partir dos relatos da equipe de saúde. Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de abordagem qualitativa, se classifica como de campo segundo seus meios e em descritiva segundo seus fins. O estudo será conduzido nas Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis. Foram selecionadas 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde, sendo 01 (uma) de cada distrito sanitário, definidos a partir da técnica de amostragem aleatória simples. A seleção dos participantes foi realizada por meio da técnica de amostragem do tipo intencional, neste caso, os participantes foram indicados pelos coordenadores das unidades de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade e não

estruturadas, individuais e gravadas. Os dados obtidos foram analisados seguindo a análise de conteúdo temático. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, sob o parecer de número 200.442. Observa-se que há uma tendência da rede de atenção primária de saúde em manter práticas ainda medicalizantes, que mantêm os indivíduos presos ao sistema de saúde, a partir de estratégias ilusórias de acolhimento, de implicações com a história dos sujeitos e de emancipação dos mesmos, mas destaca-se que há uma superficial e frágil tendência à caminho da desmedicalização, mas que não consegue ainda se sustentar e manter fora da lógica biomédica.

Palavras-chave: Depressão. Medicalização. Atenção primária. Estratégias de cuidado.

ABSTRACT

Depression grows exponentially, it is considered a common mental disorder that affects millions of people worldwide, is the fourth in terms of disease prevalence worldwide and a major cause of disability in the workplace and that contributes significantly to the rates mortality generated from the suicide cases. It is a chronic condition associated with functional disability and impaired general health of individuals resulting from genetic and environmental factors, arising from the interaction of biology with social factors. The health care of the individual with mental illness should be understood globalized, accordingly, the treatments should not be limited to the use of psychoactive drugs, but should also provide opportunities for awareness of changes in lifestyle and offer them opportunities participation in psychotherapy support , such as interpersonal therapy, behavioral, cognitive, group, couples and family, according to the case, in order to encourage them to personal motivation and the ability to reflect on the health- disease. The methods and tools used for the diagnosis of depression have been the target of much criticism regarding their limitations, due to the excessive fragmentation of the clinical mental disorders and the overlap of symptoms. As a result of this scenario, everyday situations and suffering inherent in life are to be coded as symptoms associated with mental disorders. The aim of this study was to analyze trends and medicalizantes desmedicalizantes forms of care for individuals with a diagnosis of depression from the reports of the health team. This study is characterized as a qualitative study, it ranks as the second field their means and descriptive according to their purposes. The study will be conducted in the Basic Health Units in Florianópolis. Will select five Basic Health Units, and one of each health district, defined from the simple random sampling technique. The selection of participants will be made by means of the technique of intentional sampling, in this case, participants were nominated by the coordinators of health facilities. Data were collected through in-depth interviews and unstructured individual recorded. The data were analyzed according to thematic content analysis. This research was approved by the Ethics Committee of Human Research of the Federal University of Santa Catarina - UFSC, in the opinion of number 200 442. It

is observed that there is a tendency of the network of primary health care practices to maintain even medicalized, that keep individuals attached to the health system, from strategies illusory host of implications with the history of the subject and the emancipation of them but it is emphasized that there is a tendency to superficial and fragile way of medicalization, but can not stand still and keep out of the biomedical logic.

Keywords: Depression. Medicalization. Primary care. Care strategies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 Referencial teórico.....	23
2.1 Depressão: do diagnóstico ao tratamento.....	23
2.2 Medicalização de depressão.....	26
2.3 Atenção Básica.....	28
2.4 Saúde Mental e Atenção Básica.....	30
3 Percurso metodológico.....	33
3.1 Tipo de estudo.....	33
3.2 Local do estudo.....	34
3.3 Participantes da pesquisa.....	35
3.4 Coleta de dados.....	36
3.5 Análise dos dados.....	37
3.6 Procedimentos.....	37
3.7 Limitações do estudo.....	38
4 Resultados e discussões.....	41
5 Considerações finais	63
Referências.....	65
Apêndice A (Termo de consentimento livre e esclarecido).....	73

1 INTRODUÇÃO

Ao voltarmos nosso olhar sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, observamos mudanças e avanços importantes, mas ainda, muitas lacunas que parecem cada vez mais extensas. Ainda assim, a saúde mental apresenta inúmeras dificuldades e barreiras a serem ultrapassadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca, por exemplo, a falta de pessoas especializadas, a estigmatização dos transtornos mentais que dificulta a busca por tratamentos e as dificuldades e limitações referentes ao diagnóstico clínico (WHO, 2012).

Entre os problemas associados a saúde mental, podemos destacar a depressão, que cresce de forma exponencial, sendo considerada um transtorno mental frequente que afeta 350 milhões de pessoas em todo o mundo, é a quarta doença em termos de prevalência mundial sendo uma das principais causas de incapacidades no trabalho e que contribui de forma importante para as taxas de mortalidade geradas a partir dos casos de suicídio (WHO, 2012).

No Brasil a depressão tornou-se problema de Saúde Pública, por apresentar alta prevalência da população geral, entre 3% a 11%, e pelo impacto produzido no cotidiano dos indivíduos (FLECK et al, 2003). É um dos sofrimentos mentais mais representativos e de grande desafio para os profissionais da saúde, no que se refere ao seu diagnóstico, formas de tratamento e à prescrição exagerada de medicamentos antidepressivos (HERNÁEZ, 2006).

A depressão, ou melancolia, como chamada antigamente, é reconhecida há mais de 2 mil anos, no entanto, ainda hoje não encontramos explicações plenamente satisfatórias sobre sua natureza, etiologia e características. Fato este gerador de controvérsias entre profissionais médicos psiquiatras e pesquisadores sobre depressão (BECK, ALFORD, 2011).

O termo depressão tem sido variavelmente aplicado para designar determinado tipo de sentimento, um complexo de sintomas ou uma patologia clínica definida (BECK, ALFORD, 2011). Neste último caso, a depressão pode ser considerada uma condição crônica associada à incapacitação funcional e ao comprometimento da saúde geral dos indivíduos resultante de fatores ambientais e genéticos, advindos da

interação da biologia com fatores sociais (BECK, ALFORD, 2011; SILVA et al, 2003). Com base na Classificação Internacional de Doenças (Cid-10, 2004), a depressão pode ser classificada em leve, moderada e grave, e, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002) apresenta-se como episódio depressivo maior e transtorno depressivo maior.

Envolto nesta rede de informações controversas, diagnósticos clínicos mal realizados, e por consequência, tratamentos mal conduzidos, encontramos o indivíduo em sofrimento mental a espera de uma assistência mais capacitada e humanizada. O cuidado à saúde do indivíduo com sofrimento mental deve ser entendido de forma globalizada, levando em consideração as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. Nesse sentido, os tratamentos não devem se limitar ao uso de psicofármacos; concomitante às orientações profissionais dadas aos indivíduos com sofrimento mental deve-se proporcionar possibilidades de conscientização de mudanças no seu estilo de vida e oferecer-lhes oportunidades de participação em psicoterapias de apoio, tais como terapia interpessoal, comportamental, cognitiva, de grupo, de casais e de família, de acordo com o seu caso, no sentido de estimular-lhes a motivação pessoal e a capacidade de reflexão sobre o processo saúde-doença (McINTYRE et al, 2002; SOUZA, 1999).

No entanto, DSM-IV, principal instrumento utilizado para o diagnóstico dos transtornos mentais (FLECK et al, 2003), tem sido alvo de muitas críticas, principalmente no que tange às suas limitações, em razão da excessiva fragmentação dos quadros clínicos de transtornos mentais e da superposição dos sintomas (GUARIDO, 2007; HERNÁEZ, 2006; MATOS et al, 2005; RODRIGUES, 2003). Resultante desta dificuldade, situações cotidianas e sofrimentos inerentes a vida passam a ser codificados como sintomas associados a transtornos mentais (GUARIDO, 2007; HERNÁEZ, 2006; RODRIGUES, 2003). Muitos desses sofrimentos e das formas correspondentes de agir acabam por serem ressignificados a partir de uma terminologia exclusivamente médica (CAPONI, 2009).

Esse panorama evidencia a emergência para as discussões acerca do processo da medicalização, processo pelo qual comportamentos, condutas e sofrimentos socialmente indesejados, são codificados a partir de uma nomenclatura médica própria que classifica os indivíduos e normaliza suas vidas (CAPONI, 2009; GUARIDO, 2007; TESSER, 2006).

Podemos observar que as intervenções médico-psiquiátricas, bem como a de outros profissionais da saúde, ainda estão alicerçadas pelo discurso biomédico, fundamentando-se prioritariamente em explicações biológicas que abordam a doença somente sob uma perspectiva e anulam a identidade de quem está, por assim dizer, doente. A doença, dessa forma, passa a tomar o lugar do próprio indivíduo, a subjetividade do sujeito é descontextualizada e a doença se personifica (AGUIAR, 2003; GUARIDO, 2007; HERNÁEZ, 2006; MARTINS, 2008).

Ao analisar esse cenário, acompanha-se com preocupação os efeitos reducionistas dos modelos clássicos de atenção aos indivíduos com sofrimento psíquico, visto que, durante anos, as estratégias e as práticas psiquiátricas de cuidado à saúde mental traduziram, na verdade, um movimento de poder da sociedade sobre os indivíduos com algum tipo de sofrimento mental. No entanto, com o movimento antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, desde metade da década de setenta (OLIVEIRA, 2010), observou-se uma tentativa de modificar esse cenário.

A Reforma Psiquiátrica, segundo o relatório da IV Conferência de Saúde Mental e Intersetorial, realizada em Brasília no ano de 2010, prima pela desinstitucionalização, inclusão social e assistência de atenção psicossocial, substituição dos hospitais psiquiátricos com reformas centradas no sujeito, na singularidade e na capacidade dos mesmos de protagonizar seus modos de fazer e andar na vida (BRASIL, 2010). Propõe, também, um olhar para novas direções, para uma atenção psicossocial ampla, estruturada em uma prática que restaura a cidadania, resgata a subjetividade dos sujeitos em sofrimento mental e rompe com a exclusividade do modelo clássico de cuidado à saúde que favorece a medicalização como estratégia para remediar e controlar a vida cotidiana (OLIVEIRA, 2010).

Em vista disso e a partir da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde alguns dispositivos estratégicos para organização da rede de atenção em saúde mental foram criados. Entre eles, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS cuja finalidade centra-se no acolhimento aos indivíduos com transtornos mentais, disponibilizando atendimento médico e psicológico, estimulando sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas e, principalmente, promovendo sua autonomia e autocuidado (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2004), mas que ainda não conseguem atuar de forma articulada com a Atenção Básica

gerando uma ineficiência no atendimento e acolhimento da demanda em saúde mental (FIGUEIREDO et al, 2008). A Atenção Básica se configura como a porta de entrada, recepção e fonte primeira de atenção a saúde mental, sendo ela, responsável pela promoção da saúde a partir de uma proposta de produção de cuidados mais próximos das necessidades reais da comunidade e capaz de imprimir novos modos de cuidado (BARONI et al, 2009; DIMENSTEIN et al, 2005). A organização da saúde mental em rede e articulada com a Atenção Básica é primordial para a produção de um cuidado integral e de maior qualidade aos indivíduos em sofrimento mental (DIMENSTEIN et al, 2005).

Assim, o campo da saúde mental se insere em um contexto multidimensional, interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, focado na integralidade do cuidado social e da saúde, garantindo acesso aos usuários de saúde mental, serviços que visam à universalidade e à integralidade no atendimento (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2010).

Cabe então nos questionarmos: quais são as estratégias de cuidado a indivíduos com diagnóstico de depressão, utilizados pelas equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde? Será que estas estratégias de cuidado se apresentam na lógica da desmedicalização? Nesta pesquisa, para alcançarmos essas respostas, buscamos informações em algumas unidades básicas de saúde situadas no município de Florianópolis.

Ressalta-se a importância das pesquisas relacionadas à temática da medicalização da depressão e suas formas de cuidado à saúde em razão de promover discussões construtivas sobre as limitações das estratégias de cuidado à saúde de indivíduos com diagnóstico de depressão na rede Atenção Básica, local este que recebe uma demanda espontânea de pessoas com os mais variados tipos de sofrimentos psíquicos subproduto da medicalização.

Em virtude disso, esta pesquisa propõe discutir a ruptura entre diferentes formas de pensar sobre saúde e sua prática e pretende expandir as discussões dos profissionais defensores do modelo clássico de cuidado à saúde e de outros mais engajados no movimento da reforma psiquiátrica que valorizam sua importância social.

Faz-se necessário investigar as potencialidades e as limitações das estratégias de cuidado utilizadas para depressão, para a consolidação de propostas de políticas de saúde mais justas e equânimes a partir de práticas

voltadas à singularidade e à complexidade dos transtornos mentais, incentivando a reflexão sobre os conceitos, práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas, visto que as teorias e os modelos já estabelecidos mostram-se insuficientes diante das demandas de indivíduos com sofrimento mental.

Esta pesquisa se apresenta, dentre outros aspectos já mencionados, como uma contribuição para repensar e analisar as políticas públicas de saúde frente às dificuldades encontradas em minimizar os modelos de tratamentos medicalizantes.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as tendências medicalizantes e desmedicalizantes das formas de cuidado à indivíduos com diagnóstico de depressão a partir dos relatos da equipe de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Conhecer as concepções da equipe de saúde sobre a depressão, seu diagnóstico e estratégias de cuidado.
- 2- Identificar as estratégias de cuidado à saúde de indivíduos com diagnóstico de depressão, conduzidas pela equipe da saúde.
- 3- Discutir as tendências medicalizantes e desmedicalizantes das estratégias de cuidado para a depressão.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nessa seção serão apresentados alguns autores que, partindo de diferentes áreas do conhecimento, discutem o aumento da medicalização do sofrimento e de comportamentos desviantes.

3.1 DEPRESSÃO: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2012), a depressão representa um desafio substancial para a Saúde Pública mundial, sendo considerada um transtorno mental comum que resulta de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos, caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. Apresenta-se com potencial para limitar e ou diminuir as capacidades funcionais dos indivíduos, as relações sociais e a capacidade de gerenciamento das responsabilidades diárias, podendo chegar ao suicídio na sua forma mais grave. Estima-se que a depressão afeta 350 milhões de pessoas no mundo e quase 1 milhão de pessoas comentem suicídio em decorrência da dela. Mas apesar dos números e estatísticas alarmantes, considera-se que a depressão ainda é sub-diagnosticada e sub-tratada. Estima-se que entre 50% a 60% dos casos de depressão não são diagnosticados pelo médico clínico geral, e, por isso, muitas vezes, o indivíduo não recebe tratamento específico e adequado ao caso (FLECK et al, 2003; OMS, 2012).

A depressão ou melancolia, como chamada antigamente, tem sido um fenômeno presente em vários momentos da história humana. Os sintomas que hoje associamos a ela foram observados desde os primeiros registros da história da medicina, apresentando regularidade e similaridade considerável nas descrições dos sintomas, que se apresentam de forma muito semelhante também atualmente (BECK; ALFORD, 2011; JARDIM, 2011; HORWITZ; WAKEFIEL, 2010).

Segundo Horwitz e Wakefiel (2010), desde as descrições da Grécia Antiga ao final do século XX, considerou-se importante, a distinção entre os transtornos depressivos, das reações de tristezas normais, apesar da semelhança entre os sintomas. A distinção se fundamentava na ausência ou não de situações que normalmente causariam tristeza ou tinham uma

magnitude e duração desproporcional aos motivos que os provocaram. Sob este ponto de vista a abordagem adotada era contextual, ou seja, a reação era compreendida a partir das circunstâncias narradas pelos sujeitos.

A depressão, então, passou a ser distinguida entre dois tipos de casos, o primeiro, chamado de tristeza normal ou com causa, associado diretamente às experiências de perda e ou com outros fatos da vida que poderiam justificar ou serem os motivos óbvios do sofrimento; o segundo, chamado de melancolia ou depressão sem causa, caracterizava-se como um transtorno médico por não apresentar causa aparente ou motivo para o surgimento dos sintomas. Neste último caso, então, assumia-se que os sintomas eram desproporcionais aos acontecimentos e que, portanto, derivavam de uma disfunção interna que necessitaria de serviços profissionais, neste caso, os serviços médicos (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

Até o momento, as definições psiquiátricas da depressão se sustentavam nas relações entre sintomas e causas. Entretanto este cenário se modificou com a chegada do século XX, onde a abordagem contextualizada do indivíduo foi substituída por uma interpretação dos sintomas que se utiliza do modelo médico clássico que se dá, a partir do exame, progressão e prognóstico dos transtornos mentais, entre eles a depressão, cujo objetivo é de definir patologias físicas. Emil Kraepelin foi o precursor desta linha de pesquisa que trata os problemas de ordem existenciais e sociais como categorias médicas e orgânicas, e que funda a psiquiatria moderna (CAPONI, 2012; HORWITZ; WAKEFIELD, 2010).

O resultado da herança das pesquisas realizadas por Kraepelin, que instaurou um novo modo de classificar os transtornos mentais, que se deram a partir do aprofundamento em estudos anatomopatológicos e estatísticos, temos o surgimento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM (CAPONI, 2012). Segundo Russo, Venâncio (2006) e Matos et al (2005), o DSM é um manual de diagnóstico que se correlaciona com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento – CID, que organiza classes de diagnósticos distintas, cujo objetivo é de normalizar e homogeneizar a classificação psiquiátrica.

A depressão ou transtorno depressivo, segundo o DSM – IV (2002), pode ser classificada em transtorno depressivo maior ou distímico. No primeiro caso, o transtorno é definido por meio de características como, presença de um ou mais episódios depressivos e que tenham duração de

duas semanas com humor deprimido, com mais quatro sintomas de depressão adicionais; já no segundo caso são necessários para caracterizá-lo, pelo menos dois anos de humor deprimido e a pessoa deverá se encontrar a maior parte do dia deprimida. Considera-se exceção, a esta classificação, os casos de luto por perda de um ente querido. Neste caso, admite-se a persistência dos sintomas por no máximo dois meses, desde que o indivíduo não apresente sintomas como psicoses ou pensamentos suicidas.

Muitas são as definições, que fundamentadas em diferentes áreas, e com distintos motivos, criam intensos debates sobre a depressão, mas, para, além disso, há ainda uma questão relevante, os métodos de diagnóstico.

Na medida em que estudos e pesquisas com fundamentos teóricos estritamente biológicos foram supervalorizados e a ampliação das edições do DSM acorreram, concomitante a este processo, observou-se a padronização dos procedimentos para diagnósticos e a delimitação e descrição objetiva de sintomas entre diferentes transtornos, provocando um aumento do número das categorias diagnósticas o que fomentou a produção de novos medicamentos psiquiátricos como forma de atender a demanda crescente dos diagnósticos de sofrimento psíquico (GUARIDO, 2007; MARTINS, 2008). Alguns problemas podem ser relatados em detrimento da utilização protocolar do DSM pelos profissionais médicos, como por exemplo, a utilização dos sintomas descritos no manual de forma descaracterizada e descontextualizada á vida do paciente, o fato de não considerar que os sintomas apresentados podem ter intensidade proporcional ao significado do acontecimento para cada pessoa, de forma que, o tempo e persistência dos sintomas devam ser relativizados e a facilidade em gerar diagnósticos falso-positivos em função de utilização de sintomas que facilmente são encontrados em pessoas que vivenciam os mais comuns fatos e sofrimentos naturais da vida (GUARIDO, 2007; HORWITZ; WAKEFIELD, 2010; MARTINS, 2008).

Os tratamentos para o indivíduo com diagnóstico de depressão devem preferencialmente ser compreendidos de forma globalizada considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, sendo assim, as intervenções e práticas de cuidado devem também abranger todos estes aspectos. As intervenções comumente utilizadas no cuidado a indivíduos com diagnóstico de depressão são: psicoterapia, mudanças no estilo e hábito de vida, uso de psicofármacos e estimulação magnética

transcraniana (BARROS, 2004; BECK; ALFORD, 2011; SOUZA, 1999). O tratamento mais conhecido e disseminado no meio profissional é o medicamentoso. A farmacoterapia para depressão é extensa e foi introduzida pela primeira vez, com a utilização de imipramina em 1956, para modificar os estados de humor de pacientes deprimidos. Neste mesmo período surgem os Inibidores de Monoamina Oxidase (IMAO) e posteriormente os antidepressivos tricíclicos (ADTs) e o lítio. E a partir do DSM – III, em 1980, que trouxe inúmeras modificações nos critérios e sua interpretação sobre as patologias psiquiátricas surgiram os inibidores seletivos de recaptura de serotonina ou de noradrenalina (ISRS e ISRN) conhecidos como fluoxetina, paroxetina, sertralina entre outros (BECK; ALFORD; SOUZA, 2011).

A eletroconvulsoterapia, técnica de tratamento para depressão comumente utilizada antes da Reforma Psiquiátrica, caracteriza-se por convulsões induzidas por corrente elétrica a partir de fixação de eletrodos na testa. Esta técnica está sendo, atualmente, substituída por um novo sistema, considerado inovador, denominado estimulação magnética transcraniana (BECK; ALFORD, 2011). Esta forma de tratamento se utiliza de um aparelho que produz um campo eletromagnético conduzido, por meio de uma bobina que deverá estar em contato com o couro cabeludo do paciente. Trata-se de uma forma de estimulação elétrica sem a utilização de eletrodos (BARROS; NETO, 2004).

Os tratamentos psicoterápicos, nas mais variadas abordagens, também são utilizados no tratamento da depressão. Os tipos de psicoterapia mais utilizados são: psicoterapia de apoio, psicoterapias focadas na depressão, terapia interpessoal e terapia cognitiva.

3.2 MEDICALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO

A partir da segunda metade do século XIX, inicia-se um movimento que reflete um novo modo de compreender as doenças mentais, já não mais com o mesmo enfoque dos alienistas e psiquiatras, mas agora, classificando e incorporando uma gama maior de sintomas que se relacionam com condutas e comportamentos cotidianos. Neste momento nasce um campo de saber que se apropria de fatos inerentes à vida, tornando-os objeto de práticas médicas e, portanto, passíveis de intervenções e tratamentos (CAPONI, 2012).

Ao se fazer um breve percurso histórico sobre as primeiras ideias a respeito da medicalização, que, segundo Guarido (2007) e Hernáez (2006), nasceu por volta de 1970, juntamente com os movimentos sociais e contraculturais da época, encontra-se, entre outros, o crítico da medicina moderna Ivan Illich (1975), que analisou e lançou críticas contundentes sobre o avanço médico e a expropriação da saúde.

Atualmente a saúde, em um contexto geral, se desenvolve marcada pelo determinismo biológico e por grandes feitos tecnológicos relacionados não somente a área de informática, mas da ciência e da biociência. Entre eles podemos destacar o aumento progressivo na fabricação de medicamentos, criação de aparelhos, serviços e produtos, que por um lado refletem o avanço tecnológico, mas por outro, reforçam as estratégias de controle e normatização de condutas (MARTINS, 2008), fomentando assim, a incorporação de situações cotidianas e sofrimentos passageiros na patologia, que passam a ser registrados como sintomas próprios dos transtornos mentais (GUARIDO, 2007; HERNÁEZ, 2006; RODRIGUES, 2003). Muitos desses sofrimentos e das formas correspondentes de agir acabam por ser ressignificados a partir de uma terminologia médica, processo este chamado de medicalização, (GUARIDO, 2007; CAPONI, 2009) fortemente consolidada pela chamada psiquiatria moderna.

Segundo Horwit e Wakefield (2010), a atual epidemia e crescente procura por tratamentos para depressão se associa, logicamente aos fatores sociais, mas principalmente a definição psiquiátrica de transtorno depressivo que permite a classificação de tristeza como se fosse uma doença, mesmo quando não é. Para a psiquiatria moderna ou ampliada, sintomas cotidianos que fazem parte das adversidades da vida podem facilmente se tornarem sintomas de algum transtorno, cujo diagnóstico é facilitado por definições demasiadamente amplas e empregadas de forma causal, ignorando as multicausalidades do processo de adoecer (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010; HERNÁEZ, 2006). Resultado do aumento de diagnósticos referentes ao sofrimento ou estados de ânimo, tornou-se comum ouvirmos as pessoas se utilizarem de uma categoria de diagnóstico, neste caso, a depressão, para identificar e ou rotular na verdade as mais variadas formas de desconfortos, frutos da atualidade (TAVARES; HASHIMOTO, 2010).

Segundo Guarido (2007), podemos apontar alguns fatores que contribuíram para legitimação da medicalização do sofrimento psíquico,

são eles: (1) a padronização dos sintomas advindos do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM; (2) as pesquisas em neurociências que se esforçam para fundamentar prioritariamente o funcionamento psíquico a partir de bases orgânicas e (3) o alto desenvolvimento de psicofármacos resultado dos investimentos financeiros da indústria farmacêutica.

O DSM-IV tem sido alvo de inúmeras críticas, principalmente no que se refere as limitações em razão da excessiva fragmentação dos quadros clínicos de transtornos mentais e da superposição dos sintomas, permitindo que clínicos de outras especialidades possam medicar sem nenhuma dificuldade os seus pacientes, estejam eles com algum tipo de sofrimento psíquico ou não (GUARIDO, 2007; HERNÁEZ, 2006; MATOS et al, 2005; RODRIGUES, 2003). A falha no processo de diagnóstico entre o sentimento de tristeza frente a alguma situação da vida fomenta estimativas exageradas de pessoas com transtornos mentais, criação de políticas públicas associadas a saúde mental equivocadas e elevados custos econômicos.

Os gastos com a prescrição exagerada de psicofármacos alimentam a indústria farmacêutica que tem um lucro exponencial, resultado da criação de milhões de consumidores que se fidelizam aos tratamentos iludidos pelas atrativas propagandas que vendem promessas milagrosas e por informações equivocadas sobre os benefícios dos psicofármacos, que aparecem como dispositivos de intervenção, considerados eficazes e de rápido resultado. Evidentemente a indústria farmacêutica tem a intenção de propagar a ideia de que a medicação poderá devolver as condições para uma vida produtiva capaz de reintegrar o indivíduo a sociedade, devolvendo-lhe a alegria (RODRIGUES, 2003). O funcionamento destes dispositivos psiquiátricos e a forma de abordar a doença resultam na anulação de identidade de quem está doente, transformam as experiências subjetivas da vida em protocolos de intervenções, transformando fatos cotidianos em problemas técnicos que podem ser resolvidos facilmente com algum tipo de tratamento (MARTINS, 2008).

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária, também chamada de Básica, do Sistema Único de Saúde – SUS, foi organizada e pautada nos princípios

assistenciais e organizativos do SUS de universalidade, integralidade e equidade. De forma gradual a atenção primária foi se fortalecendo e se tornou o alicerce para a estruturação dos serviços e sistemas locais de saúde e a porta de entrada prioritária para os usuários.

A atenção primária pode ser definida como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.19).

As ações devem ser desenvolvidas a partir de práticas de cuidado e administradas de forma democrática e participativa, no formato de trabalhos de equipe, direcionado a populações de territórios definidos. As estratégias devem auxiliar no manejo das necessidades de saúde que aparecem em maior frequência, considerando, sua relevância no território, critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e os cuidados éticos necessários a toda e qualquer demanda de saúde e ou sofrimento. As práticas na atenção primária devem ser pautadas na singularidade dos sujeitos e na inserção sociocultural com o intuito de produzir uma atenção integral à saúde (BRASIL, 2012).

O ano de 2006 foi marco inicial para o avanço da atenção básica, ano da homologação, em 28 de março, da Portaria nº 648/GM, que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2007. p. 09). A Atenção Básica então, se torna a base e o centro organizador das redes de atenção e cuidado a saúde presentes no SUS.

A portaria Nº 2.488 de 21 de outubro do ano de 2011, da Política Nacional de Atenção Básica, revoga entre outras portarias, a de Nº 648/GM, e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir da referida portaria, a Política Nacional de Atenção Básica consolida a Estratégia de Saúde da Família como plano prioritário para expansão e consolidação da Atenção Básica que deverá seguir as diretrizes do SUS e considerar as especificidades loco regionais em suas ações de saúde (BRASIL, 2012).

Os fundamentos e diretrizes da atenção primária são: (1) ter território adstrito sobre o mesmo, permitindo desta forma, planejamento e programação descentralizada com o desenvolvimento de ações que tenham impacto na situação de saúde das coletividades; (2) possibilitar o acesso universal aos serviços de saúde de qualidade e que sejam resolutivos, sendo caracterizados como a porta de entrada preferencial da rede de atenção, com capacidade para acolher os usuários de forma que promova a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O serviço de saúde deverá assumir uma função central de fazer uma escuta acolhedora que auxilie na resolução de grande parte dos problemas de saúde da população ou de diminuir danos ou possíveis sofrimentos desta; (3) adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo, que consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde; (4) coordenar as ações de integralidade em seus vários aspectos, fato este que pressupõe uma organização de deslocamento do processo de trabalho baseado em procedimentos profissionais, para um processo centrado nas necessidades do usuário; e (5) estimular a participação dos usuários com vistas a ampliação de sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e da coletividade do território (BRASIL, 2012).

3.4 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Segundo Barros e Salles (2011), o Ministério da Saúde, desde 2001, tem estimulado a inclusão, nas políticas de atenção primária, de diretrizes que remetam e reconheçam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental.

A atenção primária tem como princípio possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Como as ações devem ser desenvolvidas em um território específico, possibilita que os profissionais de saúde tenham maior proximidade com as histórias de vida das pessoas e seus cotidianos,

fato este que pode aumentar e ampliar o vínculo com as mesmas em seu território (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde preconiza que a atenção à saúde mental deve ser realizada a partir de uma rede de cuidados, entre elas podemos citar: a atenção básica, as residências terapêuticas, centros de atenção psicossocial (CAPS), os ambulatórios, centros de convivência entre outros setores da sociedade com vistas a intersectorialidade. Dentro desta rede de cuidados as principais ações de saúde mental na atenção básica são: apoio matricial de saúde mental as equipes da atenção básica, formação dos profissionais como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica e inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica (BRASIL, 2003).

Segundo o Ministério da saúde as ações em saúde mental na atenção primária,

[...] devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica: - noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersectorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade /interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003, p.03).

Ainda que a atenção primária tenha avançado nestes últimos anos em sua práxis, e que a Política Nacional de Atenção Básica apresente em seus fundamentos e diretrizes, ações e estratégias que incluam a integralidade dos cuidados e a diminuição de danos e sofrimento aos indivíduos, sua trajetória vem se constituindo muito afastada das práticas em saúde mental. A atenção primária atende uma diversidade de demandas, entre elas, uma crescente procura pela atenção aos transtornos psíquicos leves que geralmente aparecem na forma de queixas somáticas normalmente associadas a problemas de ordem socioeconômica e familiar (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008).

Considera-se que grande parte do sofrimento psíquico menos grave é objeto do trabalho de ambulatorios e da atenção básica, assim, estima-se que 12% da população brasileira necessita de atendimento associado a transtornos menos graves. Grande parte destas pessoas são atendidas na atenção básica pelas equipes de saúde. Em decorrência da proximidade com as famílias e com a comunidade, as equipes da atenção básica se deparam cotidianamente com os casos de transtornos mentais leves, entretanto mesmo sem formação ou instrução técnica específica para manejo de situações no campo da saúde mental, se destacam como um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2003).

A atenção à saúde mental no Brasil vem sofrendo transformações, adotando entre outras possibilidades, novos serviços de cuidado a saúde mental que são substitutivos aos serviços manicomiais e psiquiátricos, contudo, ainda ressenete-se pouca interação entre os serviços da atenção básica e a saúde mental. Da demanda crescente de usuários em sofrimento mental que aparecem na atenção básica de saúde, emerge a necessidade de novos conhecimentos por parte da equipe de saúde que na maioria das vezes não está apta ou não recebe preparo para tal finalidade (TESSER; TEIXEIRA, 2011).

A Reforma Psiquiátrica trouxe incontestável evolução no processo de entendimento e formas de cuidado aos indivíduos em sofrimento psíquico severo e persistente, mas deixou em segundo plano os menos graves, que frequentemente desembocam na atenção básica (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Há escassa incorporação, na rede de atenção básica, de estratégias e princípios teórico-políticos advindos da Reforma Psiquiátrica com referência a atenção psicossocial, que diferem do modelo clássico hegemônico psiquiátrico-clínico fundamentalmente centrado na doença. Estas limitações podem estar associadas à falta de recursos de pessoal e a precária capacitação da equipe (BRASIL, 2011), que deve realizar intervenções, no âmbito da saúde mental, na atenção básica, de forma que possibilite novos modos de vida capazes de construir um cotidiano de encontros entre profissionais e usuários para que juntos possam criar novas ferramentas de construção do cuidado. Neste sentido se faz necessário que a equipe empreenda um olhar em múltiplas dimensões do sujeito, aceitando e compreendendo os seus desejos, anseios, angústias, valores e escolhas (BRASIL, 2013).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção, serão descritos os caminhos e trajetos pelos quais essa pesquisa se norteará para alcançar os objetivos descritos acima. Para tanto se faz necessário, relacionar e integrar a metodologia adotada com a teoria estudada, tomando como ponto de partida o problema de pesquisa estabelecido.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de abordagem qualitativa, pressupondo que a coleta de dados seja realizada por meio de “interações sociais do pesquisador com o fenômeno pesquisado” (APOLINÁRIO, 2006, p. 61). Minayo (2010) enfatiza que a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações. Neste estudo, este tipo de abordagem se faz necessária, pois a ideia central da pesquisa está em analisar as estratégias de cuidado ao indivíduo com diagnóstico de depressão a partir do relato das equipes de saúde, que são responsáveis pelos diagnósticos, tratamentos, orientações e outros encaminhamentos dispensados a estes indivíduos, portanto, suas ações estão diretamente relacionadas ao tema de pesquisa.

Segundo seus meios a pesquisa se classifica como de campo, pois objetiva conseguir informações e ou conhecimento acerca de um problema mediante a observação dos fenômenos tal como eles ocorrem (MARCONI; LAKATOS, 2005). A pesquisa qualitativa pressupõe que o estudo dos fenômenos e das relações, deve, na medida do possível, ser realizada no *setting* natural, medindo o sentido por meio dos significados que as pessoas atribuem a eles (BOSI; MERCADO, 2007). É importante que a observação, neste caso das equipes de saúde, seja realizada no seu território de atuação, onde as ações cotidianas ocorrem de forma espontânea, possibilitando que os dados coletados se aproximem à realidade a ser observada. Segundo Campos, et al (2008) quando nos aproximamos dos sujeitos, imersos no seu “*habitat*”, nos aproximamos de sujeitos sociais, que construíram suas formas de pensar e agir a partir dos sentidos que foram construídos pelas estruturas sociais das quais fazem parte.

Segundo seus fins a pesquisa classifica-se em descritiva, pois tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada realidade (GIL, 2008); nesse caso, a descrição das estratégias de cuidado aos indivíduos com diagnóstico de depressão na atenção primária, utilizadas pelas equipes de saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo será conduzido nas Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis. As unidades estão distribuídas em 05 (cinco) distritos sanitários, a saber, Centro, Continente, Leste, Norte e Sul e representam hoje um total de 49 (quarenta e nove) Unidades Básicas de Saúde, segundo a Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis em julho do ano de 2013.

O município de Florianópolis foi escolhido como local deste estudo por possuir uma rede de atenção primária já estruturada seguindo o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde as equipes de Saúde da Família promovem ações no campo da prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde da população de sua área de abrangência com uma cobertura de aproximadamente 85% da população do município sendo que a proximidade com a população é um recurso facilitador do enfrentamento ao sofrimento psíquico. O município ainda conta com o modelo de apoio matricial, desde 2007, onde os profissionais de saúde mental da atenção primária recebem suporte de uma equipe de especialistas de diversas áreas, possibilitando um espaço de educação permanente, suporte técnico especializado que ajudam na ampliação da clínica e da escuta da equipe da saúde da família, o município ainda conta com o auxílio de um Protocolo de Atenção em Saúde Mental criado no ano de 2010. Observamos que a rede de atenção primária do município de Florianópolis, da forma como está estruturada, consegue atingir altos níveis de abrangência dos serviços de saúde a população, entre eles, os cuidados a saúde mental, fato que justifica a análise e investigação das estratégias de cuidado utilizadas pelas equipes de saúde, na atenção primária, sendo que esta porta de entrada do sistema e acesso a saúde da população.

Foram selecionadas 05 (cinco), das 49 (quarenta e nove) Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis, sendo 01 (uma) de cada distrito sanitário, para fazer parte do estudo, definidos a partir da técnica de

amostragem aleatória simples (CRESWELL, 2010), onde cada Unidade Básica de Saúde teve a mesma probabilidade de ser selecionada.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa profissionais da área da saúde, trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para a pesquisa. As equipes gerais e básicas das Unidades Básicas de Saúde são compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentista, auxiliares de consultório dentário ou técnicos em higiene dental, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde neste caso, quando a Estratégia de saúde da família está presente. Para esta pesquisa foram convidados somente os profissionais da área da saúde que realizam algum tipo de atendimento e ou assistência aos indivíduos com diagnóstico de depressão.

A seleção dos participantes foi realizada por meio da técnica de amostragem do tipo intencional, ou seja, foram entrevistados componentes da equipe de saúde, que segundo Richardson (1999), representam características típicas dos integrantes que pertencem a população estudada, baseados na conveniência e disponibilidade dos mesmos.

A amostra não probabilística mais comum em pesquisas qualitativas é a intencional. Está técnica, segundo Marconi e Lakatos (2006), deve ser empregada quando o interesse do pesquisador é na opinião, ação e intenção de determinados membros da população. No caso deste estudo, preocupa-se com a relevância do discurso dos principais atores da realidade observada, que na população estudada são representados pela equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde.

Foram observados os seguintes critérios para a seleção dos participantes da pesquisa: (1) realizar atendimento ou prestar assistência aos indivíduos com diagnóstico de depressão; (2) estar presente no período em que a pesquisa estiver sendo realizada e (3) aceitar participar da pesquisa mediante compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participaram deste estudo cinco (5) profissionais da área da saúde, entre eles, médico, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Cada uma das cinco Unidades Básicas de Saúde visitadas foi entrevistado um profissional da área da saúde.

Os participantes do estudo compuseram a amostra após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com as exigências da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade e não estruturadas ou também chamadas de abertas, individuais e gravadas.

Esta técnica de entrevista pode ser definida como uma conversa entre pesquisador e entrevistado, onde o primeiro poderá se utilizar de um roteiro invisível que servirá de guia e orientação no momento da entrevista e não como forma de impor limites a fala dos entrevistados (GIL, 2008; MINAYO, 2010). Nesta técnica, segundo Bardin (2011) e Minayo (2010) o entrevistado é convidado a falar livremente sobre o tema, e as perguntas quando realizadas, tem o objetivo de aprofundar as reflexões que emergirão no momento.

A técnica de entrevista pode trazer informações que descrevem as reflexões, as subjetividades do próprio entrevistado, sobre a realidade que ele vivencia (MINAYO, 2010). Para esta pesquisa a utilização de entrevistas auxiliou na busca de informações baseadas nas histórias reais, cotidianas e espontâneas das pessoas que participam dos cuidados aos indivíduos com diagnóstico de depressão na atenção primária. Segue abaixo o roteiro de temas que auxiliaram no norteameto da entrevista, que foi somente utilizado pela pesquisadora, sendo delimitado como segue.

Os temas norteadores para a entrevista não estruturada foram:

- (1) Fale o que você entende por depressão.
- (2) Como você definiria uma pessoa com depressão?
- (3) Descreva quais as estratégias de cuidado à depressão utilizadas por você no seu local de trabalho.
- (4) Descreva as estratégias de cuidado à depressão utilizadas no seu local de trabalho. Fale sobre elas.
- (5) Fale sobre como você avalia a prescrição de psicofármacos na Unidade de Saúde em que você trabalha.

- (6) Como você avalia a possibilidade de implementação de outras estratégias de cuidado inovadoras e que não sejam as hegemônicas, na Unidade Básica de Saúde em que você trabalha?

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram analisados seguindo a Análise de Conteúdo Temático, que, conforme descrita por Minayo (2010), é um método de análise de comunicação que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção das mensagens obtidas. Segundo a autora, a ideia de tema está relacionada a uma afirmação sobre algum assunto, esta técnica de análise de dados visa descobrir “*núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316).

Segundo Bardin (2011) e Minayo (2010), esse tipo de análise parte de diferentes fases:

(1) Pré-análise, onde o pesquisador retoma as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa seguindo algumas etapas, leitura flutuante das informações obtidas; constituição do corpus seguindo as normas de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, esta etapa consiste na leitura exaustiva do material.

(2) Exploração do material, fase onde ocorre a classificação dos núcleos de compreensão do texto para posterior classificação das categorias. O processo de categorização consiste na redução do texto a palavras e expressões que permitam algum significado relacionado ao texto.

(3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, nesta fase o pesquisador apresenta alguns indícios e realiza interpretações relacionando-as com o corpo teórico da pesquisa.

Segundo Appolinário (2006), ao final da análise de conteúdo, o resultado deverá consistir na interpretação teórica de categorias que irão emergir do material pesquisado, neste caso, das entrevistas.

4.6 PROCEDIMENTOS

A coleta de dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, sob o parecer de número 200.442. Foi realizado contato com os coordenadores de cada Unidade Básica de Saúde selecionada, para apresentação do pesquisador, da pesquisa e agendamento das entrevistas com os participantes.

Após a conclusão deste processo e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deu-se início a coleta de dados a partir das entrevistas. Estas etapas foram seguidas em todas as Unidades Básicas de Saúde visitadas durante a pesquisa.

4.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Toda pesquisa, independente do método adotado, pode apresentar limitações, dependendo da corrente de pensamento e abordagem utilizada pelo pesquisador e também pelo leitor. No entanto cabe aqui ressaltar algumas características do método adotado pela pesquisadora que podem se configurar como desvantagens e ou limitações, quando comparadas a outros métodos sob olhar de quem o lê.

O método de abordagem qualitativa utilizado para a realização desta pesquisa prevê a coleta de dados a partir de interações sociais do pesquisador com o fenômeno pesquisado, sendo assim, não há margem para generalizações, não permitindo fazermos inferências que extrapolem à outros fenômenos e realidades pesquisadas (APPOLINÁRIO, 2006). Sobre este método podemos destacar aqui como limitações, a possibilidade de o pesquisador enfatizar demasiadamente a descrição dos fenômenos observados e subvalorizar a análise dos mesmos, bem como o envolvimento, mesmo que subentendido do pesquisador, que pode diminuir a capacidade de análise da realidade observada.

A técnica amostral utilizada, a intencional, pode ser entendida com algumas limitações, já que este método não pressupõe quantidade e números de participantes, mas sim a qualidade da informação que se espera obter das pessoas escolhidas a partir da importância que cada um representa dentro de determinado contexto e realidade. Neste sentido o maior inconveniente é de que não se pode generalizar os resultados abrangendo uma grande população (CRESWELL, 2010; MARCONI; LAKATOS, 2006).

A técnica de coleta de dados utilizada nesta pesquisa, apesar de ser a comumente utilizada em pesquisas com abordagens qualitativas, pode apresentar algumas limitações tocante à disponibilidade e disposição do entrevistado em dar as informações necessárias, retenção de algumas informações importantes, por receio de que sua identidade seja revelada ou que a informação lhe cause algum dano em seu trabalho; e, incompreensão por parte de entrevistado sobre o significado das perguntas, o que pode levar a uma falsa interpretação que poderá se refletir na resposta.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 OS SINTOMAS UNIFICADORES

A depressão adquiriu certo prestígio nas profissões de saúde mental e na cultura contemporânea. Atualmente os profissionais de saúde se utilizam de definições formais, encontradas em listas de manuais clássicos de psiquiatria, para realizar um diagnóstico, uma avaliação ou até mesmo uma triagem. As críticas ocorridas nas décadas de 1960 e 1970, sob a afirmação de que alguns psiquiatras estariam realizando diagnósticos diferentes para indivíduos com os mesmos sintomas, fizeram com que, em 1980, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM passasse a utilizar listas de sintomas, cujo objetivo era estabelecer definições mais claras e específicas para cada transtorno (HORWITZ; WAKEFIELD, 2010). A própria socialização do DSM na formação médica, em geral, permitiu que clínicos de várias especialidades realizassem diagnósticos associados aos sofrimentos mentais, neste momento se instaura por completo a concepção objetual da doença mental (GUARIDO, 2007; NOGUEIRA, 2010).

Relatório de Saúde no Mundo: Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança do ano de 2001, último produzido pela Organização Mundial da Saúde, com ênfase ao tema da saúde mental e o Protocolo de Atenção de Saúde Mental, do município de Florianópolis elaborado no ano de 2010, sugerem que os métodos de diagnósticos utilizados para a depressão sejam realizados a partir da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos - CID e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM. O fato de estes documentos serem referência na saúde mental, no âmbito mundial e municipal, corrobora com a ampliação de um discurso sintomático e por vezes descontextualizado, utilizado por profissionais médicos ou não.

Este cenário foi observado nas Unidades Básicas de Saúde visitadas nesta pesquisa, onde, os relatos de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem perpassam, por um discurso semelhante que unifica os sintomas de depressão advindos do CID e do DSM. Quando os entrevistados foram estimulados a falar sobre o que entendem por depressão e quais sintomas reconhecem, surgiram as seguintes respostas,

Depressão é um sofrimento psíquico, que a pessoa não está conseguindo lidar. Os sintomas que eu observo são: se está dormindo bem, desmotivação e dificuldade para lidar com alguma situação. É alguma coisa com o corpo. (Entrevistado 1)

Começo a reconhecer a depressão quando aparece uma gama de sintomas como tristeza, desânimo, falta de esperança, diminuição do prazer pelo dia-a-dia. (Entrevistado 2)

Quando a pessoa chega a unidade relatando alguma tristeza sem motivo, falta de perspectiva, esta desmotivada e estes aspectos estão começando a atrapalhar a vida social e no trabalho, são sintomas que eu começo a perceber que pode ser depressão. Eu observo se estes sintomas são por um longo tempo ou não, só por uma ou duas semanas eu não considero grave. (Entrevistado 3)

Quando a pessoa chega com tristeza, melancolia e choro. (Entrevistado 4)

Os sintomas que eu observo são alteração de sono e das motivações em relação as coisas da vida, ansiedade, desânimo, isolamento, choro e tristeza sem causa aparente, falta de energia e disposição, não consegue mais trabalhar e fazer suas atividades do dia-a-dia. (Entrevistado 5)

Observamos um discurso clássico encontrado nas listas dos manuais para realização dos diagnósticos de depressão. Os sintomas relatados são reconhecidos pelos profissionais médicos ou não, de modo semelhante, fato que prolifera o aumento contínuo no número de diagnóstico de depressão baseado em uma definição, a partir de sintomas, que apresenta muitas limitações teóricas podendo se mostrar falha e ineficiente.

O fato dos sintomas descritos no DSM serem facilmente confundidos com características normais e naturais do cotidiano pode induzir a um erro no diagnóstico de depressão. Segundo Horwitz e

Wakefield (2010), as definições demasiadamente amplas podem deslocar um transtorno diagnosticado para qualquer nível que se deseja, principalmente por se tratar de sintomas como tristeza, insônia e fadiga, comuns em pessoas afetadas pelo transtorno ou não.

Além da definição de depressão estar associada aos sintomas, e serem estes os aspectos principais analisados pelos profissionais em seus locais de trabalho, observamos que somente em um dos relatos o cuidado com o tempo de duração dos sintomas apresentados pelos pacientes foi levado em consideração, indicando um possível cuidado durante a consulta no sentido de avaliar a persistência dos sintomas no contexto da narrativa.

No entanto, a narrativa de vida do paciente, aparece como um instrumento de busca pelos sintomas da depressão e não como uma forma de entendimento e compreensão que contextualize o processo pelo qual o paciente está passando.

Como está seu dia-a-dia? Como é que estão as coisas? As vezes a depressão aparece. Se não aparece a gente vai para uma pergunta mais específica. (Entrevistado 2)

Até sobre os próprios traumas em questão, por exemplo, se teve uma separação, um acidente, alguma coisa e então por este motivo eu estou passando por isso agora. (Entrevistado 5)

A partir dos relatos acima descritos, observamos, uma preocupação pelas narrativas e histórias de vida dos pacientes cujo objetivo principal é de servir como território de coleta dos sintomas. Estes, por sua vez, tem a função de balizar e confirmar o diagnóstico de depressão.

A abertura para escuta, quando realizada, não está sendo utilizada para criar um espaço de compreensão propício para que a verdade do paciente emergja e amplie os seus espaços de liberdade e autonomia, mas sim para manter a perpetuação da cegueira do paciente, pois o profissional ao se colocar como “falso ouvinte” da história de vida do paciente, não possibilita que este resignifique o possível transtorno ou sofrimento psíquico (COELHO, 2012).

As narrativas que antes ficavam esquecidas durante a anamnese, agora se tornam uma estratégia primordial para confirmar o diagnóstico,

porém, ainda utilizadas de forma descontextualizadas e somente a serviço da obtenção dos sintomas. Segundo Guarido (2007), há um abandono das descrições causais e dos sentidos dos sintomas apresentados pelo sujeito em detrimento da noção de que estes são reconhecidamente as manifestações das desordens bioquímicas cerebrais. “A medicina biológica se afirma na linearidade das causas, na positividade da análise, reduzindo vários fatores causais a fatores simples, definíveis, mecânicos, encontrando em uma suposta única causa a origem de uma cadeia de efeitos” (BARONI et al, 2010, p.72).

A ancoragem da medicina orgânica fundamentada pela neurologia permite expor o campo sintomatológico a uma condição de norma. Esta entendida como regularidade funcional, ajustada e adaptada que se opõe ao patológico (FOUCAULT, 2002). O corpo humano se tornou um espaço de origem, repartição e localização das doenças, onde cada parte é registrada nos atlas anatômicos, que nos permitem ter a noção de um corpo sólido e visível onde às doenças possuem territórios próprios (FOUCAULT, 2011).

Segundo Tesser (2006), o paciente e sua história, durante uma abordagem clínica, são transformados em história clínica e dados de exame. Fato que resultará em uma leitura médica da situação, no sentido de identificar uma ou mais patologias da psique que devem estar localizadas no corpo. Ocorre, neste sentido, um desvio do olhar que marginaliza a vida do sujeito e seu adoecimento que se dá a partir das condições naturais da existência, e evidencia categorias e fatores etiológicos a partir da ideia de localização de algo anormal no corpo.

É na narrativa do sujeito que o universo de seus símbolos e das configurações de valores, estes que os sustentam, aparecem e podem ser acessados por meio de um diálogo aberto e respeitoso se assim fossem. No entanto, o que acompanhamos é o uso desrespeitoso das informações contidas neste universo para determinar uma categoria nosológica, nas palavras de Coelho (2012) estamos vivendo um “holocausto contemporâneo da subjetividade”.

5.2 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO AOS INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO UTILIZADAS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária se apresenta como um local de recepção dos indivíduos em sofrimento mental e deveria se mostrar, também, como um espaço rico em possibilidades criativas capazes de gerar mudança nos modos de vida destes indivíduos.

As estratégias de cuidado aos indivíduos com diagnóstico de depressão seguem o mesmo fluxo da demanda de outras formas de sofrimento mental. Nas unidades de saúde visitadas, as formas de cuidado relatadas são, na verdade, um protocolo de atendimento e encaminhamento dos usuários. Verificou-se que as estratégias de cuidado ao indivíduo com diagnóstico de depressão utilizadas nas unidades básicas de saúde que fizeram parte desta pesquisa são: (1) Acolhimento; (2) Consultas de saúde mental; (3) Encaminhamento ao médico da família ou psiquiatra; (4) Grupos de apoio e (5) Auriculoterapia.

O acolhimento, segundo Brasil (2013), é uma ação que pode ser realizada por qualquer integrante da equipe de saúde, devendo ser um dispositivo para formação de vínculo entre o profissional e o usuário. Compreende uma primeira conversa, um espaço de escuta aos usuários, de modo que possam se sentir seguros e tranquilos para falar sobre suas aflições, dúvidas e angústias. Na fala dos entrevistados:

O acolhimento, o primeiro contato normalmente é comigo (enfermeira) ou com outra enfermeira. É importante para conhecermos o círculo social e familiar das pessoas. E a partir daí verifico se vou encaminhar para o psiquiatra ou não. (Entrevistado 3)

O acolhimento aparece como a primeira estratégia de cuidado utilizada pela equipe, onde o profissional se utiliza do discurso do usuário para fazer uma avaliação do mesmo e assim encaminhá-lo para o médico.

Geralmente a gente conversa, o que tem necessidade a gente passa para o médico. Então, é isso que a gente faz a triagem. Geralmente a gente conversa primeiro e o que tem necessidade a gente passa para o médico. (Entrevistado 4)

Segundo a Rede humaniza SUS, o acolhimento é a recepção do usuário na rede, onde o profissional deverá ouvir a queixa, permitir que ele expresse suas preocupações, colocando os limites necessários, de forma que seja garantido a este usuário atenção resolutiva em articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. A proposta de acolhimento implica em atender a demanda espontânea, e se propõe a servir de ligação entre as necessidades dos usuários e as várias possibilidades de cuidado (BRASIL, 2013). Traz como proposta central retirar do médico a função de único protagonista do cuidado, além de ampliar as tarefas clínica a outros profissionais para que novas abordagens terapêuticas possam ser incluídas (Tesser et al, 2011).

O primeiro momento é o acolhimento, e quem realiza é o enfermeiro. Depois eu encaminho primeiro para uma consulta médica. (Entrevistado 5)

No entanto, observamos que o acolhimento não se mostra com um espaço de escuta acolhedora e cuidadora, mas tem funções fundamentais no fluxo da demanda: 1) identificar, a partir do discurso dos usuários, a necessidade ou não de encaminhamento ao médico e 2) a criação de vínculo com o usuário e a equipe da unidade de saúde.

Em sua primeira função utiliza-se do discurso do usuário como mero instrumento de coleta de dados, onde estes, por sua vez fornecem informações para dar suporte e embasamento para confirmar a tomada de decisão de encaminhamento ao médico a partir do reconhecimento de sintomas de depressão. Neste sentido, o acolhimento não se mostra como uma estratégia de cuidado, mas sim como uma ferramenta de coleta de sintomas.

A criação de vínculo, outra função do acolhimento e onde o processo se inicia é apontado também como uma estratégia de cuidado ao indivíduo com diagnóstico de depressão. O estabelecimento de vínculo se dá a partir de uma escuta acolhedora, esta, por sua vez, deve estimular o usuário para que se sinta a vontade em procurar o serviço básico de saúde sempre que necessário, e em contra partida a unidade e a equipe devem estar disponíveis para recebê-lo. Segundo Brasil (2013), no momento do acolhimento deve ficar claro ao usuário que a equipe da unidade de saúde estará disponível para acolhê-lo, acompanha-lo e se necessário cuidar de forma compartilhada, com outros serviços, além dos oferecidos pelo

Sistema Único de Saúde – SUS, implicando, se necessário na abertura de campos intersetoriais.

O que a gente mais usa como estratégia de cuidado é o estabelecimento do vínculo, é tentar se vincular ao paciente. O principal é a nossa tentativa de criar vínculo. Deixo sempre em aberto, uma consulta para quando a pessoa precisar falar. (Entrevistado 2)

Observa-se o estabelecimento de uma relação de fidelização do usuário à rede. A ideia de vínculo aparece dissociada do contexto de aproximação e acompanhamento do usuário, oferecendo-lhe os serviços necessários para ampliação de sua saúde, conforme os princípios de diretrizes gerais da atenção básica que preveem o desenvolvimento de ações com uma atenção integral com capacidade de influenciar na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de sua saúde. O vínculo deve aumentar o grau de autonomia e protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2011).

Segundo Teixeira e Tesser (2011), quando o vínculo está estabelecido, chega o momento de reconhecer um projeto terapêutico com o objetivo de construir maior autonomia e de ampliar a autoconfiança do usuário. Como manter o vínculo e se comprometer com o êxito do projeto são pouco frequentes na atenção básica, é mais conveniente e confortável, para ambas as partes, medicalizar o sofrimento, utilizando remédios e consultas como formas de cuidado, mas que, porém não atingem a saúde integral e reproduzem a clínica biomédica.

Quando o usuário se vincula, a gente tenta passar uma ideia de que não é só ele que está assim, que tem outras situações de outras pessoas também. Ele não está sozinho no mundo com esse problema. (Entrevistado 2)

A ideia principal é para que o usuário fique mais vinculado com a gente. (Entrevistado 3)

Outra forma de cuidado comum nas unidades de saúde é a consulta de enfermagem. Esta é uma atividade exclusiva do enfermeiro, cuja função é de identificar problemas de saúde-doença, favorecendo a elaboração de

diagnósticos, possibilitando a construção de ações que contribuam para promoção da saúde do paciente, a partir de intervenções compatíveis com a realidade dos mesmos. Possibilita também, a elaboração de estratégias para detecção precoce de desvios e problemas de saúde com vistas a promoção do bem-estar físico e emocional. Neste sentido, torna-se necessário ouvir o paciente de modo reflexivo e genuíno com o objetivo de estabelecer uma relação terapêutica (BRASIL, 2013; CANABRAVA et al, 2011).

Temos uma agenda de saúde mental, as enfermeiras que organizam. Elas já realizam o acolhimento ali e já agenda quem precisa para fazer uma avaliação na consulta de saúde mental. (Entrevistado 1)

Atentamos aqui para o fato de que, aparentemente, o acolhimento e a consulta de enfermagem têm o mesmo sentido e função, pois não se propõem a estabelecer, juntamente com o paciente, um plano com ações que ampliem e criem novas possibilidades de saúde fora do campo biomédico e das próprias unidades. Tanto o acolhimento como a consulta de enfermagem são estratégias que se encontram desconfiguradas e fora do propósito para as quais foram originadas.

Encaminhar o usuário aos médicos de saúde da família e ou à psiquiabras quando existentes, é a forma de cuidado mais utilizada nas unidades de saúde visitadas. Há uma ideia, ainda que não muito aparente, de que o fim de todo acolhimento ou consulta em saúde mental seja o encaminhamento ao médico.

Então, é isso que a gente faz a triagem e depois encaminha para o médico. (Entrevistado 4)

Os grupos de apoio e terapêuticos também são considerados ações de cuidado ao indivíduo com diagnóstico de depressão. Nesta pesquisa, todas as unidades de saúde abordadas utilizam-se deste recurso terapêutico para a demanda de saúde mental. O Protocolo de Saúde Mental de Florianópolis sugere o encaminhamento de indivíduos com diagnóstico de depressão para grupos de suporte ou apoio e de auto-ajuda (FLORIANÓPOLIS, 2010). Ressalta-se a importância da realização de grupos na atenção primária, pois são ferramentas capazes de trabalhar a

partir da concepção de sujeito coletivo, atenção integral e produção de autonomia com vistas a promoção de saúde mental (BRASIL, 2013).

Segundo Souza e Fraga (2011) o trabalho desenvolvido com grupos constitui um dos principais recursos terapêuticos em diferentes contextos da saúde, entretanto, mais especificamente na saúde mental. A ampliação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a criação de políticas de assistência ao indivíduo em sofrimento mental, voltadas a atenção primária, deram lugar de destaque aos trabalhos grupais.

O processo grupal, quando bem planejado, pode permitir uma rica troca de experiências e transformações subjetivas, onde a diversidade de trocas de conhecimentos possibilita possíveis identificações com seus pares, resultado da pluralidade de seus integrantes (BRASIL, 2013; SOUZA; FRAGA 2011).

Iniciamos o grupo chamando os casos que tinham encaminhamento de saúde mental, para fazer primeiro uma avaliação. A avaliação era realizada comigo (enfermeira) e com a psicóloga para nós avaliarmos o perfil das pessoas. Se se encaixavam em grupo, ou não. (Entrevistado 1)

No contexto dos organizadores de grupos, nas unidades de saúde visitadas, o grupo de apoio ou terapêutico (como eles se referem) é utilizado como uma ferramenta de cuidado para a demanda de saúde mental, coordenado por psicólogas e enfermeiras, sendo que estas realizam a triagem dos usuários para participarem do grupo. A triagem tem como princípio identificar e selecionar o perfil dos usuários.

O perfil é de que a pessoa estivesse mais estável, se já esta medicada, já esta tomando medicamento a mais tempo, e que está precisando de um espaço para conversar, para lidar com os problemas ali em grupo. (Entrevistado 1)

Nós convidamos a pessoa a entrar no grupo se ela é elencada, se tem condições de estar num grupo. No grupo não podemos misturar certas coisas. Têm pacientes que estão muito comprometidos e para um trabalho de grupo talvez não seja bom. A pessoa

pode entrar no grupo nos casos de uma depressão leve e moderada, depressão grave seria mais difícil porque teria que ser um grupo específico, com pacientes muito semelhantes. Grupos com pessoas muito diferentes a coisa complica. (Entrevistado 2)

Os grupos, nestas unidades, são formados por usuários previamente classificados, a partir de critérios aparentemente objetivos, pois o perfil de quem deve ou não entrar no grupo se dá por meio do diagnóstico de depressão leve ou no máximo moderada e com uso contínuo de medicamentos. Sendo estes então os usuários com condições de participarem dos grupos pela justificativa de estarem “estáveis” e, portanto não se corre o risco de comprometer o trabalho do grupo.

Os critérios de classificação utilizados pelos coordenadores do grupo são em verdade ambíguos e imprecisos. Fica-nos certa dúvida, pois, é possível fazer o diagnóstico de depressão leve e moderada com tamanha precisão? Este diagnóstico está sendo realizado por profissional capacitado para tal função? Estes grupos atingem seu objetivo de promover impacto na saúde integral e na autonomia dos indivíduos mesmo quando sua entrada é somente confirmada a partir de um diagnóstico?

O grupo deve se caracterizar como uma oferta de serviço e mais um aparato na ampliação da rede social em seu território. Não deve estar pautado em caráter normativo como vem se conformando a oferta de serviços na rede de atenção primária. Principalmente no que tange ao trabalho de grupo na atenção primária os métodos devem superar a ideia de normas e classificações e primar pela diversidade grupal, reconhecendo e fazendo-se reconhecer como membros pertencentes a um território comum (BRASIL, 2013).

A forma como os grupos são organizados, demonstra também, o perfil do profissional que atende esta demanda, que mantém um discurso de poder sobre o outro a partir de sua classificação, característico do modelo biomédico, mas distante dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, que primam pelo protagonismo dos sujeitos.

A atenção psicossocial aposta na diversidade de pessoas e de suas atividades, indo além do enfoque patológico que nomeia os grupos, mas esta é uma proposta que ainda é pouco assimilada pelos profissionais (TEIXEIRA; TESSER, 2011).

Em outros casos, observamos a existência de grupos de auto-ajuda, que são abertos, modalidade de grupo onde as pessoas tem livre acesso. Nestes casos o objetivo, ainda que não muito claro, está associado em proporcionar atividades físicas, exercícios de relaxamento e orientações alimentares gerais, que para alguns usuários só são possíveis naquele local. Estas experiências de grupo parecem, ao mínimo, facilitar a ampliação da rede social dos participantes, possibilitar acesso a informações alimentares e a exercícios de relaxamento que, por vezes, podem lhes ser úteis.

As pessoas têm respostas sociais, nas suas vidas, na família. Que se reflete tendo novas atitudes frente à vida. (Entrevistado 5)

Temos grupo de yoga, que é divertido, é bem relaxante e isso ajuda bastante nas relações sociais dos usuários. (Entrevistado 3)

Quando encaminhamos para os grupos, o resultado é bem interessante, qualquer grupo que eles participam já melhora bastante. (Entrevistado 5)

Observamos que a equipe considera os trabalhos de grupo importantes e que promovem benefícios aos usuários, mas funcionam em uma lógica assistencialista, oferecendo serviços e informações sem, contudo, ampliar ou estimular algum nível de autonomia e atenção psicossocial.

Encaminho também para um grupo aberto, grupo de auto cura, onde trabalhamos com a questão da movimentação, com uma educadora física; a alimentação, com a nutricionista, e relaxamento, em parceria com uma professora de yoga da comunidade. (Entrevistado 5)

Outra estratégia de cuidado utilizada por alguns profissionais foi a auriculoterapia, técnica de origem chinesa, e, portanto, segue os princípios e fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa. A auriculoterapia é uma técnica de estimulação de pontos reflexos, localizados no pavilhão auricular, cuja função é de regular, nutrir e equilibrar as funções do corpo.

A seleção dos pontos reflexos se dá, por meio de métodos de avaliações específicos da terapêutica tradicional chinesa que valorizam as informações subjetivas do indivíduo (MACIOCIA, 2007). Neste sentido, não cabe a aplicação de auriculoterapia a partir de protocolos pré-determinados, pois estes estão condicionados a tratar somente os sintomas, que neste caso, estarão descontextualizados, fato que fomenta a medicalização.

Devemos considerar que nos casos dos grupos há uma disposição de alguns integrantes da equipe em criar outras formas de cuidado, além das já existentes. Entretanto, elas ainda se mantêm em uma lógica medicalizante, com a ausência de estratégias para lidar com as dificuldades e sofrimentos fora do campo médico ou da unidade de saúde. Não há compromisso para abertura de espaços de ação terapêutica intersetoriais. Estas formas de cuidado são na verdade mantenedoras da própria enfermidade.

É necessário fortalecer as ações de promoção, proteção e cuidado em saúde mental na atenção primária, que podem ser fomentadas a partir de dispositivos intersetoriais que reforcem a territorialização dos equipamentos sociais, culturais e de práticas populares de saúde e cuidado. Para tanto, torna-se necessário a interlocução e integração dos diversos segmentos da saúde com a comunidade e outros setores envolvidos no cuidado em saúde mental sob a ótica antimanicomial. A IV Conferência de Saúde Mental Intersetorial, sugere a implantação de metodologias de trabalhos grupais com capacidade de fomentar o empoderamento, psicoeducação, conhecimento do uso do medicamento, grupos de ajuda e suporte com vistas a valorização da autonomia e autoestima do usuário (BRASIL, 2010).

5.3 O MEDICAMENTO: AINDA A PRINCIPAL ESTRATÉGIA DE CUIDADO

Os medicamentos ainda se configuram como principal estratégia de cuidado e tratamento aos indivíduos com diagnóstico de depressão na rede de atenção básica observada nesta pesquisa. Assim como observamos que o objetivo final do fluxo de recebimento e encaminhamento do usuário, na atenção primária, seria chegar até o médico de saúde da família ou psiquiatra, observamos também, que todo fim de uma consulta médica acaba na prescrição de medicamentos, que segundo Nogueira (2010) toda

observação mediante exame médico resulta em alguma doença específica e, portanto, na prescrição de um medicamento.

A medicalização está sendo grande na verdade. Nós até já discutimos sobre isso. Principalmente a enfermagem e a psicologia, vemos que nem todo mundo necessitaria de medicamento. Teriam outras formas de abordar e de tratar a depressão, mas por parte dos médicos vejo que ainda é muito medicado, qualquer sintoma já vai para o medicamento. Aqui temos uma médica que tenta encaminhar antes de dar medicamento. Ela passa para as consultas de enfermagem para ver se a pessoa consegue reagir, lidar bem com o problema para não ter necessidade de precisar do medicamento. Mas na maioria dos atendimentos médicos, onde se observa que tem sintoma de depressão já vai logo para o medicamento. (Entrevistado 1)

A utilização do medicamento se torna ainda mais fundamental, pela falta de outras técnicas de cuidado na rede de atenção primária, onde as terapêuticas não medicamentosas são inoperantes. Fato este, que mantém o curso tranquilo, sem barreiras ou qualquer desconforto para o desenvolvimento da medicalização do sofrimento.

A medicalização já logo no início, é bem comum. Aqui nesta unidade eu percebo que é um pouco diferente, os profissionais percebem um pouco não só o problema da pessoa, mas tudo que está em sua volta, então assim, não existe só a queixa. (Entrevistado 3)

A médica que chegou nova aqui na unidade ficou assustada com a demanda de pessoas que vinham tomando remédio a muito tempo, com a mesma dosagem, sem saber como eles estavam, ou por que continuavam tomando essa dosagem sem nenhuma avaliação. (Entrevistado 5)

Há uma forte tendência para a utilização de dispositivos de intervenção considerados eficazes e de rápida ação, na atenção básica, cujo objetivo se pauta na ideia de um possível alcance do estado de bem-estar pessoal e social. A noção de saúde segue norteadada pelo olhar biomédico e a lógica de mercado, onde ser saudável adquiriu um significado de estar ativo, disposto, com boa aparência estética, obtendo prazer em todas as coisas que realiza (DANTAS, 2009).

A medicalização é muito imediata, muito precoce. A gente vê as pessoas querendo resolver a vida com a medicação. (Entrevistado 4)

Observa-se que a utilização do medicamento é uma prática comum e se afirma como único recurso disponível àqueles que se encontram em depressão e necessitam de algum cuidado. Segundo Dimenstein et al (2005), a prescrição de medicamentos está fortemente relacionada a indústria farmacêutica, a força do modelo biomédico apoiado pela biologização do processo saúde-doença, as concepções de práticas de saúde e a busca pela felicidade e bem-estar constante.

Destacamos que, mesmo aparecendo nas falas dos entrevistados que a medicalização é crescente e que a utilização de medicamento para depressão é quase a única estratégia possível, não observamos tentativas de mudança deste panorama dentro das unidades. Mesmo nos locais onde o recurso de grupo é utilizado, o objetivo não está vinculado a possível diminuição ou até cessação do uso do medicamento, ao contrário, o que observamos é a conservação da medicação, até mesmo por que ela se tornou a ponte de acesso para participação dos usuários em alguns grupos de apoio, como já destacado anteriormente.

Interessante observarmos como o uso do medicamento é considerado um elemento importante e determinante para a estabilidade do usuário. A utilização dele permite que o usuário seja mais sociável e, portanto, capaz de falar sobre seus problemas. Entende-se que o uso do medicamento pode ser uma estratégia fundamental para o início do tratamento para que esta estabilidade seja conquistada.

O que eu percebo é que existem casos, e às vezes são até muitos, em que no começo de uma situação de depressão ou até por um período, é necessário o

apoio medicamentoso. Para a pessoa conseguir resgatar a força dela para tomar alguma atitude frente ao problema. Em alguns momentos ela está incapaz mesmo e precisa da medicação de uma intervenção química mesmo. (Entrevistado 3)

Com a medicação, na medida do possível, a pessoa vai resgatando a sua harmonia, vai sendo estimulada na sua autonomia para chegar até o motivo daquilo que está causando a depressão nela. (Entrevistado 5)

Existe uma interpretação invertida sobre o efeito dos medicamentos para o tratamento da depressão, há uma ideia de que, a partir do uso do medicamento o indivíduo poderá vir a ter as mesmas sensações de antes, podendo lhe trazer maior autonomia. Na verdade, o medicamento tem um grande poder, o de mascarar, de dar uma aparência universal e socialmente aceita de normalidade, onde a individualidade fica obscura e o indivíduo “não mais consegue sentir-se, perceber-se como outrora: o medicamento altera o seu humor, tornando-o adequado ou saudável dentro de normalizações socialmente determinadas (COELHO, 2012, p.100)”.

Neste momento, onde o sujeito não é mais proprietário de suas sensações e emoções e capaz de expressar livremente seus desejos, não há como falarmos em “resgatar força para tomar uma atitude frente ao problema ou resgatar harmonia e estimular sua autonomia”, pois a administração de psicoativos, com o objetivo de controlar artificialmente e quimicamente o funcionamento natural dos neurotransmissores no cérebro, dá um passo além e expropria e nega ao paciente a possibilidade de sentir espontaneamente as emoções de sua própria vida (COELHO, 2012, p. 109).

Mantém-se ainda a ideia de que a depressão pode ser localizada no corpo, e, portanto se faz necessário uma intervenção química.

É alguma coisa com o corpo. (Entrevistado 1)

A clínica psiquiátrica moderna nasce no século XIX já fundamentada em bases anatomo-patológicas e morfológicas (FOUCAULT, 2011) em consequência a psicopatologia atual estabeleceu também suas bases biológicas para os sofrimentos psíquicos, aproximando-os das doenças orgânicas, onde os sintomas descritos pelos sujeitos são

reconhecidos como resultados de desordens químicas cerebrais (GUARIDO, 2007).

O uso praticamente que exclusivo de medicamento para o tratamento de depressão na rede básica de saúde é balizado pelo Protocolo de Saúde Mental do Município de Florianópolis, que o indica como primeiro recurso de cuidado aos indivíduos com diagnóstico de depressão (FLORIANÓPOLIS, 2010). Neste sentido, para além da falta de formação profissional na área da saúde mental, de comprometimento da equipe e gestores em prover alternativas de cuidado ao sofrimento, temos um documento que reafirma o prestígio do medicamento.

O medicamento ainda aparece como a única solução para todos os males e formas de sofrimento, funcionando como um poderoso suporte que valida à próspera indústria farmacêutica (YASSUI; ROSA, 2008). Segundo Oliveira (2008), o modelo de cuidado tradicional, que está ancorado na descrição e quantificação de sintomas, se traduz em uma prática que desconsidera as histórias dos sujeitos, e que por meio de um diagnóstico define uma condição, aparentemente irreversível, mas controlável por medicamentos.

5.4 A IMPLANTAÇÃO DE NOVAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para a implantação de novas estratégias de cuidado na atenção primária, se faz necessário uma equipe capacitada tecnicamente, e implicada no processo de cuidado, coordenadores e gestores comprometidos com o processo e que estejam aptos a colocar em prática os avanços conquistados no campo teórico, que coadunam com a proposta da Reforma Psiquiátrica com vistas a ampliação da atenção psicossocial.

A formação dos profissionais da saúde é organizada em especialidades com pouca integração entre as disciplinas, levando ao olhar fragmentado do paciente. Além disso, na formação básica, dos profissionais, não está previsto disciplinas que os estimulem a pensar no sujeito em sofrimento sob várias perspectivas, aceitando a subjetividade dos mesmos. Sendo assim, a partir, de premissas que são primordialmente biológicas, se concretizaram estratégias de cuidado direcionadas a sintomatologia e predominantemente medicamentosas (YASSUI; ROSA, 2008).

O cenário da rede de atenção primária do município estudado, reflete não somente um caráter deficiente na formação básica do profissional, como a precariedade na formação específica referente a área de saúde mental. Fato que resulta na carência de informações referentes a outras formas de cuidado ao indivíduo em sofrimento mental, além das já reconhecidas medicamentosas.

Nas unidades básicas de saúde visitadas, nenhuma mantinha projeto de saúde mental, sendo que, as experiências e a simplicidade dos projetos realizados para esta demanda, surgiram de profissionais da equipe básica das unidades, que se sensibilizaram ou já tinham alguma afinidade com o campo da saúde mental. As ações como, grupos, agenda de consulta de saúde mental e auriculoterapia não foram estratégias sugeridas por coordenadores das unidades ou por gestores, entretanto, de forma geral, estes, não se apresentaram como barreiras para a implantação das ações já citadas.

A gente gosta e acaba abraçando a maioria das coisas da saúde mental. (Entrevistado 1)

Não tem projeto para isso aqui, então a gente tenta ajudar as pessoas com as suas demandas, mas não tem nada específico. (Entrevistado 4)

Os coordenadores das unidades básicas de saúde se mostraram cooperativos com a criação de ações de cuidado, relativas à saúde mental quando propostas por um profissional da equipe. No entanto observa-se que alguns profissionais da própria equipe se mostraram contrários a ampliação das formas de cuidado, além das medicamentosas.

Há os resistentes que não conhecem o trabalho e que continuam reclamando, que eu deveria estar aqui atendendo no que é convencional, mas eu acabo não me importando, tenho o apoio da coordenadora e isso é o que importa. (Entrevistado 1)

Porque é uma demanda muito grande e ai achar espaço na agenda dela (psiquiatra) para colocar essas pessoas ficava difícil, então era mais rápido renovar a receita. (Entrevistado 5)

Observa-se uma forte tendência dos profissionais da área da saúde em manter práticas de cuidado focadas no controle dos sintomas baseados em diagnósticos que definem as pessoas como portadoras de transtornos mentais, segundo Caponi (2012), as explicações reducionistas sobre o indivíduo em sofrimento mental, resultam em uma formulação restrita e limitada de novas estratégias de cuidado.

Às vezes a equipe e os usuários estão muito focados do imediatismo. As pessoas vêm com essa demanda imediata de querer medicação é mais fácil medicaliza-los. É mais fácil liberar o paciente com uma medicação. Ele se sente mais feliz e vai embora. É mais difícil trabalhar de outra forma. (Entrevistado 4)

O modelo tradicional de cuidado baseia-se no princípio da doença-cura onde o fundamento é predominantemente orgânico. Desta forma, as estratégias de cuidado centradas na sintomatologia, tornam o medicamento uma opção plausível e rápida de alívio dos sintomas (YASSUI; ROSA, 2008). Então, sendo, o medicamento, capaz de trazer uma resposta imediata e solucionar rapidamente a queixa do indivíduo, torna-se também eficaz na diminuição de filas nas unidades básicas de saúde, que são crescentes, dando uma aparência de que a unidade está conseguindo dar conta da demanda espontânea por atenção médica (TESSER, 2006). Este fato apresenta-se como um subproduto evidente do processo da medicalização dos sofrimentos, que ratifica o mal estar comum em doença e, portanto, passível de ser tratado.

Eles acham que é um dia de fuga meu, que eu estou saindo daqui, deixando de atender a demanda da unidade, para inventar que eu estou fazendo alguma coisa. (Entrevistado 1)

O modelo de cuidado que se institucionalizou absolutiza um único saber. Segundo Amarante e Cruz (2008) a formação dos profissionais que trabalham com saúde mental deve conter em seu centro reflexões mais amplas, problematizadoras, e que contemplem em amplitude a experiência humana. Para tanto questiona-se,

Quantos saberes que tratam do humano, da subjetividade, das relações sociais, nos são tremendamente úteis além daqueles especificamente psis? Quanto utilizamos das contribuições provenientes da filosofia, da filologia, da antropologia, da sociologia, da geografia, da história, ou mesmo da literatura e das artes e da cultura? (AMARANTE; CRUZ, 2008, p.70)

A deficiência da formação em saúde mental dos profissionais da rede de atenção primária é evidente. Consta-se que os profissionais não têm formação específica na área de saúde mental, seja por meio de cursos técnicos ou de atualização. O interesse pessoal na formação está diretamente vinculada a oferta destes cursos pelo município, circunstâncias estas que resultam na falta de conhecimento sobre estratégias inovadoras de cuidado ao indivíduo com depressão ou em sofrimento mental. A carência de possibilidades vislumbradas pela equipe da rede de atenção primária pode ser demonstrada pelas seguintes falas,

Acredito que outras formas de cuidado seriam interessante, como a acupuntura, auriculoterapia, técnicas de medicina alternativa, não sei direito, mas acho que é isso. (Entrevistado 1)

Grupos são bem legais e exercícios físicos também seriam interessantes. (Entrevistado 3)

Nós adorávamos que cada vez mais tivesse atividade de grupo. Ali é onde as pessoas também podem se curar. (Entrevistado 2)

Atenta-se para o fato de que a não ampliação das formas de cuidado podem estar associadas não somente a precariedade na formação dos profissionais das unidades, mas também a falta de estímulo, de desejo e de interesse, de ordem pessoal, em buscar se especializar, informar e se atualizar sobre os aspectos epistemológicos, teóricos e práticos no campo da saúde mental a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

O colegiado de Políticas de Atenção Psicossocial do estado de Santa Catarina identificou alguns problemas sobre a formação e

qualificação dos profissionais do campo da saúde mental, que são referenciados no Plano Operativo Estadual de Saúde Mental (2008 – 2010).

Qualificação insuficiente dos profissionais e gestores de saúde no contexto da Reforma Psiquiátrica; entidades formadoras – área saúde mental – com pouco conhecimento da Reforma Psiquiátrica; dificuldades de ordem teórico/técnica das equipes da atenção básica, de CAPS e de hospitais e no cuidado em saúde mental (SANTA CATARINA, 2008, p. 34-36).

A partir da identificação destes problemas, algumas ações foram criadas no intuito de valorizar a qualificação dos profissionais de maneira que estes se tornem capazes de superar o modelo tradicional de cuidado. Além de outras ações podemos citar: (1) promover a capacitação continuada dos profissionais que trabalham em hospitais gerais e em CAPS e na rede básica para lidar com os problemas de saúde mental, assim como aqueles decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas; (2) viabilizar em parceria com o Ministério da Saúde e as universidades, cursos de aperfeiçoamento e de pós-graduação de Saúde Mental e (3) estimular a adequação do currículo de cursos universitários em diversas áreas, visando ampliar a oferta de profissionais capacitados para a nova realidade criada pela Reforma Psiquiátrica (SANTA CATARINA, 2008).

Nós vamos nos virando do que jeito que sabemos. Na atenção básica e na estratégia de saúde da família, não tem uma capacitação para todos os profissionais da unidade atenderem com saúde mental. (Entrevistado 3)

Teve uma capacitação grande ano passado (2012), veio um psiquiatra do Rio de Janeiro, conversou sobre algumas coisas, mais relacionada à parte infantil, mas nada muito prático, por isso não nos ajuda muito. (Entrevistado 4)

A Secretaria Estadual e Municipal da Saúde, entre os meses de agosto ao atual ofertou os seguintes eventos e cursos de formação permanente dos profissionais:

- 1) VI Encontro Estadual de Saúde de Família

- 2) II Mostra da Política Nacional de Humanização (PNH) em Santa Catarina
- 3) Especialização Latu Senso em Saúde Mental na ESP
- 4) Projeto Caminhos do Cuidado – Escola de Formação em Saúde
- 5) Encontro Catarinense de Saúde Mental
- 6) I Ciclo de avanços em Saúde Mental
- 7) Oficina de arte

Sendo que, no ano de 2011, segundo informações do último Relatório de Gestão em Saúde Mental Estadual, foram ofertadas três Teleconferências pelo Telessaúde para qualificação dos profissionais da rede. Os temas abordados foram: A Saúde Mental Princípios e Conceitos da Atenção Psicossocial; Rede de Atenção e Saúde Mental Álcool e outras Drogas – Lógicas da Atenção e Rede de Atenção e Saúde Mental Álcool e outras Drogas – Princípios e Conceitos (SANTA CATARINA, 2011).

Observa-se, em princípio, que tanto o município quanto o estado ofereceram possibilidades de aprimoramento e atualização associados à saúde mental sob diversas modalidades, cursos, oficinas, encontros e teleconferências. Demonstrando que há um movimento de gestores no âmbito municipal e estadual no sentido de fomentar a capacitação, embora que ainda não atenda de forma plena todas as necessidades. Mas apesar disso, este movimento não consegue atingir e sensibilizar as equipes de saúde na rede de atenção básica sobre a importância da qualificação profissional e permanente no campo da saúde mental.

Não tem nenhuma educação continuada, nada disso para dar um auxílio ao profissional. (Entrevistado 1)

Pondera-se que há ainda grandes dificuldades relacionadas à formação dos profissionais da rede de atenção primária, mas há também certa imobilidade, apatia na procura por ampliar o conhecimento, parte dos profissionais da equipe das unidades de saúde, fato que resulta em projetos terapêuticos superficiais e empobrecidos de visão crítica sobre os possíveis modelos de cuidado.

Observa-se que o exercício das funções do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, nas unidades básicas de saúde visitadas é

ineficiente. O NASF foi criado com o objetivo de ampliar o espaço de atuação da atenção primária de saúde, sendo constituído por equipes multidisciplinares, atuando de forma integrada em apoio os profissionais da atenção primária e das Equipes de Saúde da Família – ESF, e ainda devem atuar no matriciamento às equipes de saúde. As ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do NASF são: discussão de casos, atendimento conjunto, construção de projetos terapêuticos, educação permanente, ações de intersetorialidade entre outras (BRASIL, 2012; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008). Estas são ações importantes e que se devidamente executadas podem auxiliar na ampliação do conhecimento dos profissionais da atenção primária, especificamente no campo da saúde mental, e ampliar o cardápio de estratégias de cuidado das unidades de saúde. Entretanto, observa-se que o apoio das equipes do NASF não chega de forma adequada às unidades de saúde.

Os relatos abaixo descrevem o cenário:

É, tem a equipe do NASF. O psiquiatra tem uma agenda de atendimento que é de duas vezes por mês, mais ou menos. (Entrevistado 3)

Tem uma equipe do NASF que atende aqui, mas sobre saúde mental, faz muito tempo que não temos apoio. A coordenadora até já solicitou, mas estamos esperando. (Entrevistado 1)

Há ainda mínima interação desses serviços com a atenção primária, bem como escassa incorporação no NASF de princípios teórico-políticos do referencial da Atenção Psicossocial, em que se baseia a Reforma Psiquiátrica (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008; TESSER; TEIXEIRA, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhamos uma tendência da rede de atenção primária de saúde em manter não só um discurso, mas práticas ainda medicalizantes. Estas mantêm os indivíduos presos ao sistema de saúde, a partir de estratégias ilusórias de acolhimento, de implicações com a história dos sujeitos e de emancipação dos mesmos.

Observa-se uma forte tendência a utilização do medicamento como principal forma de cuidado na atenção primária de saúde, e qualquer tentativa de fugir a este modo tradicional, logo é sucumbida pelo sistema, este, por sua vez, exige rapidez e agilidade no gerenciamento dos atendimentos, principalmente médicos.

Em alguns relatos observa-se uma superficial e frágil tendência à caminho da desmedicalização, mas que logo é engolida e suprimida pelo sistema. A exemplo, podemos citar, o acolhimento e as consultas de enfermagem que não tem força para se manterem além da lógica biomédica, os grupos, que poderiam ter potencial desmedicalizante, mas que são fundados a partir de normas e critérios determinados por um diagnóstico que mantém o estigma do sujeito e, por fim, a auriculoterapia, uma prática de cuidado importada e utilizada de forma descontextualizada, que não consegue fugir a lógica dos sintomas universais e logo é colocada no âmbito dos protocolos que generalizam todos os tratamentos.

Vale destacar que os profissionais da atenção primária deveriam receber apoio das equipes especializadas do NASF, para que o cuidado, da demanda de saúde mental fosse mais ampliado com vistas a intersetorialização. No entanto, observa-se que as unidades de saúde estão desprovidas deste apoio, fato que diminui ainda mais as possibilidades de reflexão da equipe, sobre a crescimento da medicalização da depressão, culminando na manutenção de formas de cuidado pré-estabelecidas, como o medicamento.

Temos o desafio de não só colocar a doença entre parênteses, mas também de sermos capazes de mudar o nosso *setting* (CAMPOS, 2001), local onde nos sentimos seguros e confortáveis para realizar as tarefas cotidianas balizadas pelo saber biomédico. “Há que se reforçar inventar e diversificar o cardápio de ofertas e serviços” (TESSER; TEIXEIRA, 2011, p. 91) nas unidades básicas de saúde, de modo que se possibilite a criação de vínculos e experiências que facilitem a reorganização e construção de

projetos de vida e relações mais saudáveis. Para tanto é crucial desmistificarmos a cronicidade, a incurabilidade e periculosidade dos “doentes mentais”.

É necessário sim, tempo para deglutir, assimilar e digerir formas de cuidado que exijam sentimentos genuínos do cuidador para com o cuidado, que necessitam de paciência e respeito em relação ao sofrimento do outro, que não pode ser marginalizado em detrimento de diminuição de filas, que exijam aprimoramento dos conhecimentos já pré-concebidos na formação de cada profissional e que lhes tirem de sua zona de conforto, e sim é necessário ser um inventor, um curioso, capaz de criar e recriar, capaz de querer fazer melhor.

“Qualquer profissional da saúde precisará de ousadia para sair dos compartimentos estanques dos saberes prévios” (CAMPOS, 2001, p. 110).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. Resumo. In **Anais do Segundo Encontro Mundial.** Estados Gerais da Psicanálise. Entre as Ciências da Vida e a Medicalização da Existência: Uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea. Rio de Janeiro, 2003. 15 p.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 117p.

AMARENTE, P.; CRUZ, L. B. **Saúde Mental, Formação e Crítica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 95p.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos.** Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record, 2010.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006. 208p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BARONI, Daiana Paula Milani; FONTANALL, Livia Maria. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. In **Mental.** Barbacena, v. 7, n. 12, jun. 2009.

BARONI, D. P. M. et al. Diagnóstico como nome próprio. In **Psicologia & Sociedade.** Porto Alegre, v. 22, n. 01, p. 70-77, 2010.

BARROS, R. B.; NETO, Joaquim Pereira. Estimulação Magnética Transcraniana na depressão: resultados obtidos com duas aplicações semanais. In **Revista Brasileira de Psiquiatria.** Brasília, v. 26, n. 2, 2004.

BARROS, S.; SALLES, M.. Gestão da atenção á saúde mental no Sistema Único de Saúde. In **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 45, n. 2, dez. 2011.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **Depressão, causas e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 344p.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/344/educacao.html>> Acesso em: 13 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ DAPE-DAB. **Saúde Mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 23 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.

_____. **Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorio/relatorio_final_IVcns_mi_cns.pdf>.

Acesso em: 22 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Rede humaniza SUS. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília – DF, 2006. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/92>. Acesso em: 15 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em 14 out. 2013.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, dez. 2008.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. In **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CANABRAVA, D. de S. et al. Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoria das relações interpessoais: relato de experiência. In **Ciência, cuidado e saúde**. Maringá, v. 10, n. 01, 2011.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados**: Uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 210p.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos normais. In **Physys: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

CID-10. **Classificação Internacional de Doenças**. 10. ed. OPAS-OMS, EDUSP: 2007.

COELHO, J. R. **A tragicomédia da medicalização.** A psiquiatria e a morte do sujeito. Natal: Sapiens, 2012. 146p.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** método qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2010.

DANTAS, J. B. Tecnificação da Vida: Uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. In **Fractal**. Niterói, v. 21, n.03, p. 563-580, set./dez. 2009.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. In **Mental**. Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005.

DSM-Tm. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 4. ed. Porto Alegre: ARTMED. 2002. 880p.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O.. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. In **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.32, n. 78, 79, 80, p. 143-149, 2008.

FLECK, M.. P.de A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. In **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 25, n. 2, 2003.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental.** Município de Florianópolis / Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Copiart, 2010.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. 231p.

_____. **Os anormais.** 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 479p.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. In **Educação e pesquisa**. São Paulo, v. 33, n. 1, 2007.

HERNÁEZ, Á. M. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In **Política y Sociedad**. Espanha, v. 42, n. 3, 2006.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. **A tristeza perdida**. Como a psiquiatria transformou a depressão em moda. São Paulo: Summus, 2010. 287p.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196p.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. In **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, p. 84-92, 2011.

MACIOCIA, G. **Os fundamentos da Medicina Tradicional Chienisa**. Um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas. São Paulo: Roca, 2007. 967p.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 315p.

_____, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 289p.

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e Bioidentidade: Política da subjetividade contemporânea. In **Psicologia & Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 3, 2008.

MATOS, E. G. et al. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. In **Revista de Psiquiatria**. Porto Alegre, v. 27, n. 3 dez. 2005.

McINTYRE, T. et al. Impacto da depressão na Qualidade de Vida dos doentes. **Saúde Mental**. Portugal, v. 4, n. 5, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

NOGUEIRA, R. P. A determinação objetual da doença. In Nogueira, R. P. (org). **Determinação social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 135-150.

OLIVEIRA, W. F. Éticas em conflitos: reforma psiquiátrica e lógica antimanicomial. In CAPONI, S. et al (orgs). **A medicalização da vida**. Palhoça: UNISUL, 2010, p. 265-277.

_____, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional em Saúde Mental no contexto da promoção de saúde. In **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 32, n.78/79/80, p. 38-48, jan./dez, 2008.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. In **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 8, n. 1, 2003.

RUSSO, J., VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM – III. In **Revista Latino-americana de Psicopatologia**. , n. 03, set. 2006, p. 460-483.

SILVA, M. C. F. et al. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. In **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 01, p. 7-13, 2003.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. **Plano Operativo Estadual de Saúde Mental 2008-2010**. Divisão de Políticas de Saúde Mental. Florianópolis, 2008.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Comissão Intergestores Bipartite. Diretoria de Educação Permanente em Saúde. Divisão de Educação Permanente. **Plano Estadual de Educação Permanente em saúde 2010-2013**. Santa Catarina – Brasil, 2011.

SOUZA, C. A. C. (Org.). **O uso de antidepressivos na clínica médica**. Porto Alegre: Sulina, 2011. 406p.

SOUZA, F. G. de M. Tratamento da depressão. In **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, n.1, 1999.

SOUZA, D. de et al. Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoria das relações interpessoais: relato de experiência. In **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 10, n. 01, p.150-156, 2011.

SOUZA, A. M. A.; FRAGA, M.N. de O. Grupo: Breve história. In SOUZA, A. M. A. (Org.) **Coordenação de grupos: Teoria, Prática e Pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2011, p. 49-67.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. In **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p.477-486, 2009.

TAVARES, L. A. T., HASHIMOTO, F. A relativa legitimidade da depressão na atualidade: contribuições para uma ética psicanalítica do sujeito. In **Am. Journal of Fund. Psychopath.** São Paulo, v. 07, n. 01, 2010.

TESSER, C. D. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface**. Botucatu, v. 9, n.18, 2006. p. 61-76.

_____. Medicalização Social (II): Limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface**. Botucatu, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez. 2006.

TESSER, C. D.; TEIXEIRA, Beatriz de C. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. In **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 83-95, 2011.

TESSER, C.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. In **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 03, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Programas e projetos sobre transtorno mentais**. Genebra, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/bra/en/>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

_____. **Programas e projetos sobre transtorno mentais**. Genebra, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/bra/en/>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

YASSUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 190p.

YASSUI, S.; ROSA, A. C. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. In **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 32, n.78/79/80, p. 27-37, jan./dez, 2008.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Eu, Patricia Kozuchovski Daré, portadora do CPF 026.436.419-81 e do RG 3694.843, venho solicitar a sua participação na pesquisa que estou desenvolvendo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pelo Mestrado de Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da professora Doutora Sandra Caponi.

O título do trabalho é “Revisão e análise das estratégias de cuidado ao indivíduo com diagnóstico de depressão na rede de atenção primária da saúde do município de Florianópolis” e tem como objetivo analisar as tendências medicalizantes e desmedicalizantes das formas de cuidado à indivíduos com diagnóstico de depressão a partir dos relatos da equipe da saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas. Posteriormente, essas entrevistas serão transcritas e analisadas, e publicadas na forma de uma dissertação de mestrado e de artigos científicos.

Não há riscos ou desconfortos associados à participação nesta pesquisa e é garantido aos participantes o anonimato, tanto individual quanto da Unidade de Básica de Saúde onde serão realizadas as entrevistas,

fica garantido o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem trazer prejuízos ou constrangimentos ao participante.

Caso haja alguma dúvida em relação ao estudo, ou o desejo de interromper a participação nesta pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (48) 9106-7882, ou pelo e-mail patriciakdare@gmail.com.

Diante do exposto e pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara e detalhada dos objetivos deste estudo, através de encontros compondo-se de entrevista não-estruturada ou aberta. Fui igualmente informado sobre:

- a garantia de requerer resposta a qualquer pergunta de dúvida acerca do assunto.
- a segurança de ser preservada minha identidade e anonimato.
- a liberdade de desistir do estudo em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo algum.
- o compromisso de acesso às informações coletadas, bem como os resultados obtidos.
- e de que serão mantidos todos os preceitos éticos legais durante e após o término deste estudo.

Ciente, concordo em participar deste estudo.

Data: _____

Ass.

Participante _____

Patricia Kozuchovski Daré
Pesquisadora principal

Patricia Kozuchovski Daré
Rua Lauro Linhares, 1314, ap. 603 B. 88036-002, Florianópolis, SC.
Telefone: (48) 9106-7882 ou (48) 3234-8238

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das estratégias de cuidado ao indivíduo com diagnóstico de depressão na rede de atenção primária da saúde do município de Florianópolis.

Pesquisador: Sandra Caponi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11978213.7.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 200.442

Data da Relatoria: 18/02/2013

Apresentação do Projeto:

Este estudo, cuja hipótese é de que as estratégias de cuidado a indivíduos com diagnóstico de depressão na atenção primária no município de Florianópolis estão pautadas no discurso da medicalização, se caracteriza como uma pesquisa de abordagem qualitativa pressupondo que a coleta de dados se realize por meio de interações sociais do pesquisador com o fenômeno pesquisado (APOLINÁRIO, 2006, p.61). O estudo será conduzido nas Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis. As unidades estão distribuídas em 05 (cinco) distritos sanitários: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul e representam hoje um total de 49 (quarenta e nove) Unidades Básicas de Saúde, segundo o site da Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis em julho do ano de 2012. Serão selecionadas 05 (cinco), das 49 (quarenta e nove) Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis, sendo 01 (uma) de cada distrito sanitário, para fazer parte do estudo, definidos a partir da técnica de amostragem aleatória simples. Participarão da pesquisa os profissionais da área da saúde, trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde indicadas pela coordenação de Saúde Mental do município de Florianópolis para a pesquisa. Os dados serão coletados por meio de entrevistas em profundidade e não estruturadas ou também chamadas de abertas, individuais e gravadas. Os dados obtidos serão analisados seguindo a Análise de Conteúdo Temático.

Endereço: Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br